

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## ladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

## Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 6794

Société : RAM

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom : OLEAFSA Med

Date de naissance : 1.1.1952

Adresse : 3, lots. 1er, Figuier - Ain Seba

Tél. : 06.65.10.33.02

Total des frais engagés : 2337,10 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent[e] :

Le : 2/12/2020



## RECOMMANDATIONS GENERALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

- 1 Il est indispensable d'établir une déclaration par personne et par maladie.
- 2 Il est vivement recommandé à l'adhérent de garder une photocopie de ses dossiers maladie avant leur envoi à la Compagnie pour remboursement.
- 3 La déclaration maladie doit être **entièrement et correctement remplie** et doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives des frais engagés :
  - l'ordonnance médicale,
  - les prospectus & vignettes ou PPM des médicaments,
  - les ordonnances prescrivant les examens radiologiques et/ou biologiques ainsi que leurs résultats,
  - en cas d'hospitalisation, la facture clinique détaillée mentionnant la nature et éventuellement la cotation des actes pratiqués accompagnée des notes d'honoraires, du détail de la pharmacie, des factures annexes ...etc.
  - en cas de soins ou de prothèse dentaires, le relevé détaillé des actes pratiqués, leur coefficient ainsi que les numéros et positions des dents traitées.
  - en cas de dossier de lunettes, l'ordonnance prescrivant les lunettes précisant le degré de dioptrie et la facture de l'opticien renseignée par les numéros de nomenclature des verres.
- 4 En cas de demande de prise en charge, faire accompagner le devis d'hospitalisation d'un pli confidentiel justifiant ladite hospitalisation et détaillant les soins et traitement envisagés ainsi que de tout examen de diagnostic.
- 5 Sont soumis à l'accord préalable de la Compagnie : la prothèse dentaire, les extractions multiples de plus de 8 dents, les soins spéciaux (laser ...etc.) et les soins en série (injections, rééducation ...etc.).
- 6 Lorsque la personne malade bénéficie d'un autre régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à la Compagnie l'original du décompte de remboursement délivré par l'organisme assureur de base et la photocopie du dossier.
- 7 A chaque changement de situation (mariage, divorce, veuvage, naissance), l'adhérent devra communiquer à la Compagnie le document justifiant ce changement.
- 8 Les enfants âgés de plus de 20 ans restent couverts jusqu'à l'âge de 25 ans sur présentation chaque année d'un certificat de scolarité.
- 9 Le délai de dépôt de toute demande de remboursement (déclaration maladie, complément ou acte de naissance ...etc.) est de 3 mois à compter de la date de la 1ère consultation, du règlement de l'Assureur de base ou de la date de naissance. Si les soins durent plus de trois mois, l'assuré est invité à présenter des factures partielles.
- 10 En cas de non présentation à une contre visite demandée par la Compagnie, l'assuré risque de voir tous ses dossiers bloqués jusqu'à ce qu'il apporte des explications pour cette absence.
- 11 Toute fausse déclaration (production de renseignements ou de documents intentionnellement faux, usurpation d'identité, facturation de frais non déboursés ...etc.) est passible de sanctions prévues par la loi 17-99 portant code des assurances (radiation du droit à prestations).
- 12 Toute réclamation, toute demande de complément d'information doivent être transmises à la Compagnie dans un délai de deux mois.
- 13 Les pièces justificatives des frais engagés transmis à la Compagnie sont la propriété de la Compagnie.

Conformément à la loi 09-08, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition au traitement de vos données personnelles. Ce traitement a été autorisé par la CNPD sous len° A-A-101/2014



شركة التامين و إعادة التامين أطلانتا  
Compagnie d'Assurances et de Réassurance ATLANTA  
Entreprise privée régie par la loi 17-99 portant code des assurances

## FEUILLE DE SOINS

### A REMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR

Cachet de la contractante

N° de police : .....

N° d'adhérent : .....

### A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

Nom et prénom de l'adhérent (e) : EL KHAYAT TAHRA

Prénom du patient (e) : TAHRA

Lien de parenté du patient (e) avec l'adhérent : ADHÉRENT

Montant des frais exposés (en DH) : 2037,10 DH

A : 00.00 le 21/02 Signature de l'adhérent (e) :

Liens de téléchargement de l'application mobile Atlanta :

IOS : <http://www.atlanta.ma/iphone>

Android : <http://www.atlanta.ma/android>

Ces liens vous permettent la consultation de vos dossiers maladie.

### CADRE RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE

N° de sinistre

Appréciation du médecin conseil

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du patient (e) : EL KHATIB FATHIA

Age du patient (e) : ..... Date des soins : .....

Nature de la maladie<sup>(\*)</sup> : Diabète - myopathie

‘il s’agit d’un accident ou d’un traumatisme, causes et circonstances<sup>(\*)</sup> :

<sup>\*)</sup> : Au cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, veuillez communiquer les renseignements sous pli confidentiel séparé, à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

PRATICIEN	DATE	NATURE DES ACTES	COTATION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MEDECINS TRAITANTS	26/08/83	7	760	760	<i>DR. MANSOUR HASSI</i>
PHARMACIE	14/09/83		1937,13	1937,13	<i>DR. MANSOUR HASSI</i>
ANALYSES / RADIOPHARIES					<i>PHARMACIE</i>
AUXILIAIRES MEDICAUX	4/9/83		300	300	<i>PARA ILYASS</i>
OPTICIEN			500	500	<i>PARA ILYASS</i>

CLIENT :

DATE: 14/9/06

Réf.	Désignation	Quantité	Prix U T.T.C	Total T.T.C
	antisept 3%	2	100	200

MONTANT H.T	TAUX T.V.A	MONTANT T.V.A	NET A PAYER
			300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mansour Bloc 55 N 10 Sidi Bernoussi - Casablanca - MAROC - Tél/Fax : 05 22 73 44 73  
R.C: 360616 - PATENTE : 31642013 - C.N.S.S. : 7287479 - I.F: 52811269 - I.C.E : 000500324000054  
parailyasse@hotmail.fr

Docteur Fatiha TOUABI DAKHCH

MEDECINE GENERALE

405, Avenue (H) - Mansour 3

Sidi Bernoussi - CASABLANCA 05

Tél : 05 22.73.11.28

الدكتورة فتحة توابي الشخص

الطب العام

شارع (H) منصور 3

سيدي البرنوصي - الدار البيضاء 05

الهاتف : 05 22.73.11.28

Casablanca, le : 21/07/2008

— El Khamar — 79400



LES  
EVITER LES REJETS

à la Compagnie l'original du remboursement délivré par l'assureur de base et la photocopie.

angement de situation (mariage, divorce, naissance), l'adhérent devra faire à la Compagnie le document d'engagement.

Les personnes âgées de plus de 20 ans restent jusqu'à l'âge de 25 ans sur présentation d'un certificat de scolarité.

Le dépôt de toute demande de remboursement (déclaration maladie, complément de naissance ...etc.) est de 3 mois à compter de la date de la 1ère consultation de l'Assureur de base ou de l'assurance. Si les soins durent plus de 3 mois, l'assuré est invité à présenter des factures.

En cas de non présentation à une contre-visite demandée par la Compagnie, l'assuré verra tous ses dossiers bloqués jusqu'à ce qu'il porte des explications pour cette absence.

En cas de fausse déclaration (production de documents ou de documents intentionnellement usurpation d'identité, facturation non déboursés ...etc.) est possible de être punie par la loi 17-99 portant code des assurances (radiation du droit à prestations).

En cas de réclamation, toute demande de renseignement d'information doivent être effectuées à la Compagnie dans un délai de

Les justificatifs des frais engagés transmis à la Compagnie sont la propriété de la Compagnie.

Conformément à la loi 09-08, vous disposez d'un droit d'accès, de l'opposition au traitement de vos données personnelles. Ce droit a été autorisé par la CNDP sous le numéro A-A-101/2014.



شركة التامين و إعادة التامين لطاولة  
Compagnie d'Assurances et de Réassurance ATLANTA  
Entreprise privée régie par la loi 17-99 portant code des assurances

## FEUILLE DE SOINS

### A REMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR

Cachet de la contractante

N° de police :

2018/130-1

N° d'adhérent :

86

### A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

Nom et prénom de l'adhérent (e) :

EL KHAYAT TAHIRA

Prénom du patient (e) :

TAHIRA

Lien de parenté du patient (e) avec l'adhérent :

ADHERENT

Montant des frais exposés (en DH) :

2037,10 DH

A : 00.80

le 21/8

Signature de l'adhérent (e) :

Liens de téléchargement de l'application mobile Atlanta :

IOS : <http://www.atlanta.ma/iphone>

Android : <http://www.atlanta.ma/android>

Ces liens vous permettent la consultation de vos dossiers maladie.

### CADRE RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE

N° de sinistre

Appréciation du médecin conseil

ref : 14 / 0102 / V 0506

Société Anonyme au Capital de 601.904.360,00 de Dirhams

Siège Social : 181, boulevard d'Anfa - Casablanca - Tél. : 05.22.95.76.76 (L.G.) - Fax : 05.22.36.98.12/14/16  
C.N.S.S. 1090109 - I.F. 1085137 - R.C. Casablanca 16747 - Taxe Professionnelle 37990058 - ICE 001529660000034

Docteur.Fatiha TQUABI DAKHCH

MEDECINE GENERALE

405, Avenue (H) - Mansour

Sidi Bernoussi - CASABLANCA

Tél .. 05 22.73.11.28

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

</



N° règlement : 2020058924

Contrat n° : 004.2019.00000130-01

Adhésion n° : 00000086

Malade : Lui même

Numéro RIB : 013780010032184320013948

### **DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE**

Ste contractante : RENAULT COMMERCE

Adhérent(e) : EL KHAYAT TAHRA

Déclaré le : 10/11/2020

Soin du : 14/09/2020

Sinistre n° : 040.2020.00419738

Date décision : 12/11/2020

Reçu le : 04/11/2020

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
CONSULTATION DE GENERALISTE	100.00	0.00	100.00	80.00	80.00
Pharmacie	1 937.10	0.00	1 937.10	80.00	1 549.68
ACTES DE CHIRURGIE OU DE SPECIALITE	300.00	0.00	300.00	80.00	240.00
<b>Totaux</b>	<b>2 337.10</b>	<b>0.00</b>	<b>2 337.10</b>		<b>1 869.68</b>
Dossier n° :		Règlement compagnie (Dhs)			<b>1 869.68</b>
Observation(s) :		Signature Adhérent(e)			

Signature Adhérent(e)